

アドバイス・レポート

令和6年12月12日

令和6年10月3日付けで第三者評価の実施をお申込みいただいた『特別養護老人ホーム いちがお園』につきましては、第三者評価結果に基づき、下記のとおりアドバイスをいたしますので、今後の事業所の運営及びサービスの提供に役立ててください。

記

<p>特に良かった点とその理由(※)</p>	<p>(通番10) 計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施 年間研修計画に基づき定期的な内部研修が実施されています。また研修に参加出来なかった職員へは研修を録画し後日動画にて研修するなど周知に取り組みられています。研修ごとに全職員がレポートを提出し記録として残されています。リガーレグループと連携して介護福祉士や介護支援専門員の勉強会も実施され、他の法人連携し人材確保・人材育成に取り組まれています。</p> <p>(通番19) アセスメントの実施 アセスメントは介護、看護、栄養、相談と各専門職が担当箇所を見直し、また話し合いもしています。ケアマネジャーが独りで実施するものとは違い、各専門職の視点でアセスメントを実施しており、利用者により良いサービス提供につながるものと同時に、ケアマネジャーの業務負担軽減にもつながっているものとなっています。</p> <p>(通番41) 第三者への相談機会の確保 市民オンブズマンや介護相談員等の第三者導入が難しい中、今年度からユニットin北京都施設長部会で相互評価事業が始まり、他施設の施設長が事業所を訪問して、利用者が第三者に相談できる機会を確保されています。今後も取り組みが継続される事を期待致します。</p>
<p>特に改善が望まれる点とその理由(※)</p>	<p>(通番13) ストレス管理 メンタルヘルスに関しては協力病院の弥栄病院と連携して産業医のカウンセリングを受ける事が可能との事でしたが、職員が上司に相談後に産業医と連携する体制でした。休憩場所の確保が難しくユニット内での休憩をされていました。</p> <p>(通番33) 災害発生時の対応 施設として火災、地震に加え、土砂災害も起こりうる災害と想定し、災害に関するマニュアルの作成、定期的な避難訓練等も実施していますが、地域との連携を意識したマニュアル作り、地域と連携した訓練を実施するには至っていません。</p> <p>3) 利用者満足度の向上の取り組み 年に1回、満足度調査アンケートを実施する事で意見・要望・苦情を広く拾い上げる取り組みがあり、結果を会議で検討されていますがサービスの改善に活かす仕組みが確認できませんでした。</p>
<p>具体的なアドバイス</p>	<p>(通番13) ストレス管理 メンタルヘルスに関しては、上司に相談しづらい内容もあるかと思いますので、産業医へ職員が直接連絡・相談できる体制を検討されては如何でしょうか。 休憩場所の確保は限られたスペースの中、職員がゆっくりとくつろげる場所を確保することは難しいかもしれませんが、受け持ちのフロアを離れて十分に休める環境整備をご検討されてはいかがでしょうか。</p> <p>(通番33) 災害発生時の対応 災害発生時には、施設職員のマンパワーでは限界もあり、また地域から支援を求められることも想定されます。地域との連携を意識したマニュアル作り、また災害発生時の支援体制等について、お互いの理解を深める意味においても、近隣住民との確認、協力体制の構築を図ってみたいはいかがでしょうか。</p> <p>3) 利用者満足度の向上の取り組み ヒアリング時に満足度調査の結果から、意見・要望・苦情が少ないとお話しもありましたが、調査事前アンケートでは『このサービスを利用するようになって、自分で出来ることが増えたり、気持ちが明るくなったり、毎日の生活が良い方向へ変わってきたと感じますか。』との項目で53%の方が『いいえ』『わからない』を選択されています。定期的に広報誌やSNSを活用し情報を発信されていますが、施設玄関の面会室で面会されている事もあり、ご家族に普段の生活が見えていないように感じます。まだコロナ感染症も気にしなければなりません、情報発信の更なる取り組みに期待致します。</p>

※それぞれ内容を3点程度に絞って掲載しています。評価項目毎のコメントを「評価結果対比シート」に記載しています。

(様式6)

評価結果対比シート

事業所番号	2672300015
事業所名	特別養護老人ホーム いちがお園
受診メインサービス (1種類のみ)	介護老人福祉施設
併せて評価を受けたサービス(複数記入可)	短期入所生活介護・通所介護
訪問調査実施日	令和6年11月18日
評価機関名	NPO法人 カロア

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
I 介護サービスの基本方針と組織						
(1) 組織の理念・運営方針						
	理念の周知と実践	1	組織の理念及び運営方針を明確化・周知している。また、法人の経営責任者（運営管理者含む）及び事業所の職員全員が、理念及び運営方針に沿ったサービスの提供を実践している。	A	A	
	組織体制	2	経営責任者（運営管理者含む）は、公正・適切なプロセスで意思決定を行い、組織としての透明性の確保を図っている。	A	A	
	(評価機関コメント)		1) 法人理念や運営方針が明文化され、事業所パンフレットやホームページ・広報誌にも掲載されています。年度初めの事業計画説明時にも理念に触れておられます。参加できなかった職員には撮影した動画で周知を図られています。 2) 職務に応じたの権限が明確化されています。階層別会議にて意見を集約し運営に活かされています。			
(2) 計画の策定						
	事業計画等の策定	3	組織として介護サービスの質の向上に向けた計画を策定するとともに着実に実行している。また計画策定には多角的な視点から課題を把握している。	A	A	
	業務レベルにおける課題の把握と目標の設定	4	各業務レベルにおいて課題を把握し、課題解決のための目標が設定され、各部門全体が組織的に目標の達成に取り組んでいる。	A	A	
	(評価機関コメント)		3) 単年度の事業計画だけではなく、中・長期の計画が策定されています。利用者やご家族には年度初めに広報誌に掲載して広く周知をされています。 4) 事業計画は半年で進捗状況の確認や現状分析を行い、目標達成に向け取り組まれています。			
(3) 管理者等の責任とリーダーシップ						
	法令遵守の取り組み	5	遵守すべき法令等を正しく理解するための取り組みを行っている。	A	A	
	管理者等によるリーダーシップの発揮	6	経営責任者又は運営管理者は、自らの役割と責任を職員に対して表明し、サービスの質の向上や経営の改善、業務の実効性を高めるため事業運営をリードしている。	A	A	
	管理者等による状況把握	7	経営責任者又は運営管理者は、事業の実施状況等を把握し、いつでも職員に対して具体的な指示を行うことができる。	A	A	
	(評価機関コメント)		5) 関係法令をパソコン内のフォルダーに集約し誰でも閲覧できるようにされていますが、より活用できるようにパソコン内のフォルダーを整理されては如何でしょうか。 6) 『組織活性化プログラム』を活用し管理者を評価する仕組みを取り入れられています。職員ヒアリングで管理者と直接話す機会は少ないとの事でしたので、職員の声を聞く機会を作られては如何でしょうか。 7) 日々の記録や現場をラウンドする事業所の運営状況を把握されています。管理者不在時にも重要な案件に関しては、常に連絡がとれる体制になっています。			

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
II 組織の運営管理						
(1) 人材の確保・育成						
		総合的な人事管理	8	人事管理は、理念・運営方針にもとづく「期待する職員像等」を明確にしたうえで、能力開発（育成）、活用（採用・配置）、処遇（報酬等）、評価等が総合的に実施される仕組みがある。	A	A
		質の高い人材の確保	9	質の高い介護サービスを提供できる人材の確保のために、必要な人材や人員体制についての管理・整備を行っている。	A	A
		計画的な人材育成と継続的な研修・OJTの実施	10	採用時研修・フォローアップ研修等を実施し、段階的に必要な知識や技能を身につけることができる。また業務を通じて日常的に学ぶことを推進しており、スーパービジョンを行う体制がある。	A	A
		実習の受け入れ	11	実習の受け入れに対する基本的な姿勢を明確にし、体制を整備している。	A	A
		(評価機関コメント)		8) 利用者・家族・職員にアンケートを実施し「求められる職員像」を策定され、年間の研修計画に明示されています。 9) リガーレグループ法人として連携した採用活動に取り組まれています。リクルーターを配置されインスタグラムでの発信をされています。 10) 研修委員会で年間研修計画が作成されています。定期的に研修の進捗状況や見直しもされています。リガーレグループと連携して介護福祉士や介護支援専門員の勉強会も実施されています。 11) 実習マニュアルが整備されており、社会福祉士・介護福祉士・教育実習の実習も受け入れられています。		
(2) 労働環境の整備						
		労働環境への配慮（働きやすい職場づくり）	12	質の高い介護サービスを提供することができるよう、職員の労働環境に配慮している。	A	A
		ストレス管理	13	職員の業務上の悩みやストレスを解消するために、具体的な取組みを行い業務の効率を高めている。また、職員が充分に休むことができ、心身を休めることができる休憩場所を確保し必要な環境を整備している。	B	B
		(評価機関コメント)		12) 人材確保が難しい中、時間外勤務もほとんどなく、職員ヒアリングにおいても休みが譲り合いながらもとりやすい環境であることが窺えました。また見守り機器の導入やインカムなどICTの活用にも取り組まれています。 13) メンタルヘルスに関しては、協力病院の弥栄病院と連携して産業医のカウンセリングを受ける事が可能との事でしたが、前回調査時ご提案させて頂きましたが職員が直接連絡・相談できる体制を検討されては如何でしょうか。 休憩場所の確保が難しくユニット内での休憩をされている事も多いとの事でしたが、休憩時間はしっかりと確保されている事が職員ヒアリングで確認できました。		
(3) 地域との交流						
		地域との連携・情報発信	14	事業所の運営理念や事業所情報を地域に発信するとともに、地域の情報を積極的に収集してサービス提供に活かしている。また、地域の各種団体や機関、介護サービス事業所等と連携している。	A	A
		地域との交流（入所系・通所系サービスのみ）	15	ボランティアの受け入れ、地域の学校教育への協力を通じて様々な地域との交流を積極的に行っている。	A	A
		地域への貢献	16	事業所が有する機能を地域に還元している。事業所の特性を活かした地域貢献活動を行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		14) 地域とのかかわり方の基本的な考え方を明文化され、毎月広報誌を発行され丹後町内で回覧をされています。地域の清掃活動や京丹後市のケアスタッフ会議に参加されています。 15) 介護ボランティア（出張相談）の派遣・清掃ボランティア（施設外周の清掃・車椅子清掃）の受け入れをされています。丹後こども園や丹後小中学校で出張講話や実技講習を実施されています。 16) 居宅介護支援事業所主催の介護者教室に参加されたり、第4火曜日に認知症カフェの実施に取り組まれています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
Ⅲ 適切な介護サービスの実施						
(1) 情報提供						
		事業所情報等の提供	17	利用者（希望者含む）に対してサービス選択に必要な情報を提供している。	A	A
		(評価機関コメント)		17) ホームページ、パンフレット、インスタグラム等で法人や施設の情報を外部に発信されています。情報発信の担当者を決め、内容の変更があれば随時更新をされています。オンライン見学も対応されています。		
(2) 利用契約						
		内容・料金の明示と説明	18	介護サービスの利用に際して必要となる内容や料金について、利用者に分かりやすく説明し同意を得ている。	A	A
		(評価機関コメント)		18) サービスの開始にあたり、契約書や重要事項説明書等を用いて、利用者、家族、成年後見人等と説明の上、契約を交わしておられます。法人の顧問弁護士が成年後見業務をしており、権利擁護にかかる研修の実施・相談できる体制もあります。		
(3) 個別状況に応じた計画策定						
		アセスメントの実施	19	利用者一人ひとりの心身の状況や生活状況を踏まえたうえでアセスメントを行っている。	A	A
		利用者・家族の希望尊重	20	個別援助計画等の策定及びサービスの提供内容の決定に際して、利用者及びその家族の希望を尊重している。	A	A
		専門職種を含めた意見集約	21	個別援助計画等の策定に当たり、必要に応じて利用者の主治医・リハビリ職（OT/PT/ST等）・介護支援専門員・他のサービス事業所等に意見を照会している。	A	A
		個別援助計画等の見直し	22	定期的及び必要に応じて、個別援助計画等の見直しを行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		19) 施設独自のアセスメント様式を使用して、入居時・入居後は年1回の見直しをされています。見直しの際は、介護士、看護師、管理栄養士、相談員の各専門職が担当箇所を見直し話し合いをされています。 20) 年1回の計画書見直しの際には意向の確認の為、利用者への聞き取りや家族等には来所の声掛けもしくは、電話での聞き取り実施したうえで計画書を作成されています。立案後は家族等に同意の署名をもらっておられます。 21) 計画書作成にあたり、介護士、看護師、管理栄養士等がカンファレンスに参加されています。看護師を通じて医師への意見照会もされています。また必要に応じて理学療法士にも意見照会をされています。 22) 月1回、ケアマネジャーが介護職員等から聞き取りを行いモニタリングを実施されています。6ヶ月に1回、計画書の内容について各専門職が集まって確認、見直しを行い、年1回、計画書について家族等に同意の署名をもらっておられます。見直した計画書については、各フロアに置かれたファイルに綴じ現場職員に計画書の周知を図られています。		

(4) 関係者との連携				
多職種協働	23	利用者のかかっている医師をはじめ、関係機関との間で、連携体制又は支援体制が確保されている。	A	A
サービス移行時の連携・相談対応	24	利用者の状況変化等により、他サービスへの移行をする場合や、介護施設を変更する場合の連携がとれている。	A	A
(評価機関コメント)		23) 定期的な健康管理や体調不良等の診察は、同法人が運営する診療所に受診されています。また総合病院への受診が必要であれば、協力病院への受診をされています。入退院時には病院の相談員とも連携、情報共有を図っておられます。京丹後市福祉サービス事業者協議会にも定期的に参加し、他事業所や関係機関とも連携されています。 24) 施設退所時の手続きについては、契約書、重要事項説明書に記載されています。退所事例も1件あり、在宅復帰の際は居宅介護支援事業所とも連携して在宅復帰が実現できています。		
(5) サービスの提供				
業務マニュアルの作成	25	事業所業務について、標準的な実施方法（業務マニュアル）が整備され、スタッフに活用されている。標準的な実施方法は自立支援につながり、事故防止や安全確保を踏まえたものになっている。	A	A
サービス提供に係る記録と情報の保護	26	利用者の状況及びサービスの提供状況等が適切に記録されており、管理体制が確立している。	A	A
職員間の情報共有	27	利用者の状況等に関する情報を職員間で共有化している。	A	A
利用者の家族等との情報交換	28	事業者はサービスの提供にあたって、利用者の家族等との情報交換を行っている。	A	B
(評価機関コメント)		25) 業務マニュアルは、4ヵ月ごとにケア委員会にて各項目についての話し合いを行い、年1回、マニュアルの確認と更新をされています。業務マニュアルに基づいて、ケアが実施できているか確認する仕組みについては、新人職員を対象としたものはありませんが、その他中堅職員以上を対象としたものはありませんでしたので、新人以外のケアを確認する仕組みも検討されては如何でしょうか。 26) 個人ファイルは鍵のかかる書棚で保管されています。日々の記録はパソコンで管理されており、事業所全体で確認や情報共有できる体制となっています。年1回、個人情報に関する研修を全職員対象に実施し研修報告提出されています。個人情報の取り扱いに関する説明は、入所契約時に行い、同意の署名をもらっておられます。 27) 職員は出勤時に利用者に関する情報をパソコンで確認し、7:30・17:00・21:30の3回、口頭での申し送りもされています。月1回のユニット会議でも意見交換、情報共有をされています。 28) 面会時や年1回の計画書見直し前の意向確認時に、直接家族と情報交換をする機会を設けられています。また月1回、法人の広報誌「いちがお園だより」に加え、特養独自の広報誌「まんぐるわ」も作成し家族等に送付されています。その他LINE等も活用し、情報提供をされていますが、コロナ禍後も感染症予防のために利用者の生活空間を見ることができないため、利用者アンケートでは「生活の様子が分からない」との意見もありましたので、利用者の様子がより分かるような取り組みに期待致します。		
(6) 衛生管理				
感染症の対策及び予防	29	感染症の対策及び予防に関するマニュアルの作成等により、職員全員が感染症に関する知識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
事業所内の衛生管理等	30	施設（事業所）内における物品等の整理・整頓及び衛生管理を行い、効率的かつ安全なサービスの提供を行っている。	A	B
(評価機関コメント)		29) 感染症に関するマニュアルを整備し4～10月は2か月に1回、11～翌3月は毎月、感染症予防の委員会を開催されています。年1回のマニュアル確認、更新も委員会で実施されています。感染症に関する研修も全職員対象に実施されています。 30) 事業所内の収納スペースが少ない為、荷物が廊下等に置いている状態でした。ヒアリング時には改善の必要性は感じておりましたが実施には至っていませんでした。施設内の清掃については掃除担当職員により、毎日清掃されています。		

(7) 危機管理

事故・緊急時の対応	31	事故や緊急時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	A	A
事故の再発防止等	32	発生した事故等に係る報告書や記録を作成し、事故の再発の防止のために活用している。	A	A
災害発生時の対応	33	災害発生時における対応等を定めたマニュアルがあり、年に1回以上、必要な研修又は訓練が行われている。	B	B
事業の維持・継続の取り組み	34	大規模な自然災害、感染症まん延等に備えて、被害の拡大を抑え事態を迅速に収束させ、事業を維持する体制を整えている。	A	A
(評価機関コメント)		31) 事故や緊急時に関するマニュアルが整備されており研修も実施されています。京丹後市の「救マーク」認定制度を活用し、毎年複数名の職員が普通救命講習に参加して施設として「救マーク認定事業所」を取得されています。 32) 転倒などで外傷や出血を伴わないものに事象についても『事故』として定義して対策を検討されています。事故発生時には発生状況・原因・防止策を当日出勤職員で検討し、その日のうちに事故報告書を作成して上司に報告する体制があります。家族への事故報告は相談員が担当されています。事故報告書は3ヶ月分をまとめてパソコン内の共有フォルダに保管し、他部署の職員も確認できる体制となっています。 33) 火災・地震に加え、土砂災害が施設で起こりうる災害と想定してマニュアルを作成し、定期的に避難訓練等も実施されています。リストを作成して備蓄の管理もしています。地域との連携を意識したマニュアル作りや地域と連携した訓練が出来ていませんでした。 34) 感染症、自然災害に関するBCPを作成し、感染症の研修や避難訓練等の実施に加え、連携体制の確認など机上訓練も実施されています。コロナウイルスのクラスター発生などの経験から、業務継続についての対応策も検討されています。		

大項目	中項目	小項目	通番	評価項目	評価結果	
					自己評価	第三者評価
IV利用者保護の観点						
(1) 利用者保護						
		人権等の尊重	35	利用者本位のサービス提供及び高齢者の尊厳の保持に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		利用者の権利擁護	36	虐待防止、身体拘束禁止等の利用者の権利擁護に配慮したサービス提供を行っている。	A	A
		プライバシー等の保護	37	利用者のプライバシーや羞恥心について、常に問題意識をもってサービスの提供を行っている。	A	A
		利用者の決定方法	38	サービス利用者等の決定を公平・公正に行っている。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>35) 利用者の尊厳や人権について定期的に動画での研修や、認知症ケア委員会で事例検討会など学習の機会を設けられています。研修後はレポートの提出を求められています。</p> <p>36) 定期的に虐待防止委員会が開催されており、「もー、不適切ケア報告書」を毎月のユニット会議の議題に上げ職員同士話し合っておられます。普段から職員間で利用者への対応方法等で困っている事や悩みを相談できる環境があり、虐待を未然に防ぐ体制があります。</p> <p>37) プライバシー保護に関する研修を年1回計画されています。定期的に学習の機会を持つことができ、利用者のプライバシーや羞恥心に配慮したサービスの提供が行われています。</p> <p>38) 2~3ヶ月に1回開催される入所選考委員会には第三者委員が参加し、公平・公正な利用者決定がなされています。支援困難ケースは行政や地域包括支援センターとも連携し支援されています。</p>		
(2) 意見・要望・苦情への対応						
		意見・要望・苦情の受付	39	利用者の意向（意見・要望・苦情）を広く拾い上げ、収集する仕組みが整備され、利用者等に周知されている。	A	B
		意見・要望・苦情等への対応の仕組みとサービスの改善	40	利用者の意向（意見・要望・苦情）に迅速に対応するとともに、サービスの向上に役立っている。	A	A
		第三者への相談機会の確保	41	公的機関等の窓口で相談や苦情を訴えるための方法を、利用者及びその家族に周知している。	A	A
		(評価機関コメント)		<p>39) 利用者やその家族からの意見や要望を引き出すため、年1回満足度調査を実施されています。利用者からの意見や苦情がサービス改善の機会であることを理解され苦情報告書の活用に取り組んでおられました。定期的な利用者への個別の相談面談が行われていませんでした。</p> <p>40) 苦情受付のフローチャートに基づき、組織内で速やかな検討、改善に取り組んでおられます。利用者からの意見や苦情は会議や書面回覧で職員に周知されています。個人情報保護に配慮しながら月1回配布する広報誌に掲載し公開されています。</p> <p>41) 第三者委員又は公的機関等の相談窓口が重要事項説明書に明記されており、契約時の説明されています。またいつでも閲覧できるよう事業所内にも設置されています。今年度からユニットin北京都施設長部会で相互評価事業が始まり、利用者が第三者に相談できる機会を確保されています。</p>		
(3) 質の向上に係る取組						
		利用者満足度の向上の取組み	42	利用者の満足度を把握し、サービスの質の向上に役立っている	A	B
		質の向上に対する検討体制	43	サービスの質の向上に係る検討体制を整備し、運営管理者を含む各部門の全職種の職員が積極的に参加している。	A	A
		評価の実施と課題の明確化	44	サービス提供状況の質の向上のため、定期的に評価を実施するとともに、評価結果に基づいて課題の明確化を図っている	A	A
		(評価機関コメント)		<p>42) 年1回満足度調査を実施されており、結果を会議で検討されていますがサービスの改善に活かす仕組みが確認できません。</p> <p>43) 毎月の主任会議で苦情、不適切ケア等の報告がされ、サービスの質の向上についての検討が行われています。京丹後市福祉サービス事業者協議会に参加したり、リガーグループの実践事例発表会に出席され、他事業所の取り組みを情報収集して自施設に活かしておられます。</p> <p>44) 定期的に第三者評価を受診し、評価結果の分析・検討を行い改善に努められています。第三者評価の自己評価項目を用いて自己評価を行っておられます。</p>		